

优化急救护理流程在急性上消化道出血中的临床效果及对提高患者抢救成功率分析

陈 会

遵义市第一人民医院 贵州 遵义 563000

【摘要】目的：探讨优化急救护理流程在急性上消化道出血中的临床效果及对抢救成功率的影响。**方法：**选择医院收治的急性上消化道出血患者 50 例作为研究资料，收集时间为 2019 年 3 月—2021 年 3 月，依据入院顺序分为两组各 25 例，对照组采取常规急诊护理流程干预，观察组采取优化急救护理流程干预，记录两组急救时间，观察不良事件发生情况，评价抢救效果及护理满意度。**结果：**观察组接诊时间、建立输液通道时间、确诊至专科治疗时间、住院时间显著低于对照组， $P < 0.05$ 。观察组呼吸道误吸发生率 4.00% 及再出血发生率 0% 显著低于对照组 24.00%、16.00%， $P < 0.05$ 。观察组抢救成功率 96.00% 与对照组 88.00% 比较无统计学意义， $P > 0.05$ 。观察组护理满意度 96.00% 显著高于对照组 76.00%， $P < 0.05$ 。**结论：**急性上消化道出血患者行优化急救护理流程干预可加快急救时间，尽早确诊转至专科治疗，提高抢救效果，减少不良事件，缩短住院时间，护理服务获得患者及家属高度满意，值得推广。

【关键词】急性上消化道出血；优化急救护理流程；急救时间；护理满意度

【中图分类号】R573.2

【文献标识码】B

【文章编号】2096-1685(2021)50-71-02

急性上消化道出血是指发生在屈氏韧带以上的消化道出血，症状与出血量及出血速度相关，表现出呕血、黑便、头晕、面色苍白等症状，甚至休克，危及生命。常规急救护理流程虽然依据急救流程及医师指导完成，但未能全方位控制病情，缺乏科学的流程管理，存在分工不明确、护理重点不清晰等问题^[1]。优化急救护理流程主要依据急性上消化道出血的疾病特征、国内外先进急救护理理念、医院实际情况等规范急救护理标准，优化接诊、急救护理流程，以期提高护理质量^[2]。为此，本次研究对优化急救护理流程在急性上消化道出血中的临床效果及对抢救成功率的影响进行探讨，选择 2019 年 3 月—2021 年 3 月医院收治的急性上消化道出血患者 50 例作为研究资料，详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择医院收治的急性上消化道出血患者 50 例作为研究资料，收集时间为 2019 年 3 月—2021 年 3 月，依据入院顺序分为两组各 25 例。对照组男性 15 例，女性 10 例，年龄 32~65 岁，平均年龄 (48.85 ± 3.22) 岁，出血原因：消化性溃疡 13 例，食管胃底静脉曲张破裂出血 6 例，食管及胃恶性肿瘤出血 3 例，贲门黏膜撕裂症 3 例；观察组男性 16 例，女性 9 例，年龄 31~65 岁，平均年龄 (48.98 ± 3.47) 岁，出血原因：消化性溃疡 14 例，食管胃底静脉曲张破裂出血 6 例，食管及胃恶性肿瘤出血 3 例，贲门黏膜撕裂症 2 例；两组基本资料比较无统计学意义， $P > 0.05$ 。

纳入标准^[3]：符合中国医师协会急诊医师分会制订的关于急性上消化道出血诊断标准，经内镜检查确诊，表现出活动性出血、呕血及血便；贫血严重，存在休克表现；大便潜血实验阳性；本研究获得医学伦理委员会批准。

排除标准：下消化道出血患者；出血量较小，无须急诊抢救患者；严重心脑血管及肺部疾病患者；合并器官功能不全或自身免疫性疾病患者；凝血异常及全身感染患者；精神疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组实施常规急救护理流程干预 听从医师指导密切配合抢救处理，进行问诊、查体、抽血及影像学等检查，及时评估病情，监测血压、血氧，建立静脉通路，给予补液扩容、纠正贫血，协助家属办理入院手续。

1.2.2 观察组实施优化急救护理流程干预 具体如下：(1) 组建急救小组。组建专业优化急救护理小组，由急诊科医师、护理人

员组成，均接受专业急性上消化道出血急救护理措施培训，医师负责组织和救治工作，护理人员负责生命体征监控、填写记录等。依据既往急救病例，了解导致救治延迟的影响因素，提出解决方案，共同讨论制定优化急救护理流程，综合评估拟定的护理流程^[4]。(2) 急救护理。接诊后快速完成体格检查，确定出血后立即开放绿色通道，先进行抢救治疗，1 名护理人员帮助患者快速转运，沟通了解病因病史，协助完成各项检查，1 名护理人员快速建立 2 条静脉通道，遵医嘱补液扩容，快速输注生理盐水、复方电解质溶液或羟乙基淀粉等胶体溶液，补充血容量，给予止血药物，监测用药不良反应；1 名护理人员负责体位及心电监护，大量呕血患者立即接通负压吸引器，保持呼吸道通畅，完成病情资料整理及评估，完成护理记录。待患者生命体征稳定后送内镜检查，并及时告知家属急救进展，获得家属同意书等。(3) 监测护理。急性出血期每隔 15min 测量 1 次生命体征，如血压、心率、血氧饱和度等，血压稳定后可延长间隔时间为 30~60min，直至病情稳定；观察呕血、黑便的量和性质，评估出血部位及严重程度；评估止血药物的止血效果，若止血效果欠佳，及时采取三腔二囊管进行压迫止血；压迫止血失败，需及时进行手术治疗。(4) 心理护理。从接诊患者开始主动与其沟通，理解其急性症状出现的恐慌、紧张、焦虑等情绪，给予其安抚，列举治疗成功病例，帮助其建立治疗信心^[5]。

1.3 观察指标

记录两组接诊时间、建立输液通道时间、确诊至专科治疗时间、住院时间；观察不良事件发生情况，呼吸道误吸、再出血。评价抢救效果^[6]：活动性出血停止，休克纠正，大便潜血阴性为抢救成功，经多方治疗出血难以控制，病情恶化为抢救失败。由患者及家属共同结合本院自制护理满意度调查问卷评价急救护理满意度，分为非常满意、基本满意和不满意，护理满意度 = (非常满意例 + 基本满意例) ÷ 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 分析，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示， t 检验；计数资料采用 % 表示， χ^2 检验， $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急诊时间及住院时间比较

分析表 1 可知，观察组接诊时间、建立输液通道时间、确诊至专科治疗时间、住院时间显著低于对照组， $P < 0.05$ 。

表1 两组急诊服务时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	接诊时间 (min)	建立输液通道时间 (min)	确诊至专科治疗时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	25	15.25 ± 2.24	5.03 ± 1.05	21.04 ± 3.32	8.22 ± 1.76
对照组	25	25.62 ± 4.16	8.82 ± 1.62	30.25 ± 4.46	11.15 ± 2.13
<i>t</i>	—	10.974	9.816	8.282	5.302
<i>P</i>	—	0	0	0	0

2.2 两组不良事件发生率比较

分析表2可知,观察组呼吸道误吸发生率4.00%及再出血发生率0%显著低于对照组24.00%、16.00%, $P < 0.05$ 。

表2 两组不良事件发生率比较 (%)

组别	例数	呼吸道误吸	再出血
观察组	25	1 (4.00)	0 (0)
对照组	25	6 (24.00)	4 (16.00)
χ^2	—	4.152	4.347
<i>P</i>	—	0.041	0.037

2.3 两组抢救成功率比较

分析表3可知,观察组抢救成功率96.00%与对照组88.00%

比较无统计学意义, $P > 0.05$ 。

表3 两组抢救成功率比较 (%)

组别	例数	抢救成功	抢救失败
观察组	25	24 (96.00)	1 (4.00)
对照组	25	22 (88.00)	3 (12.00)
χ^2	—	—	1.087
<i>P</i>	—	—	0.297

2.4 两组护理满意度比较

分析表4可知,观察组护理满意度96.00%显著高于对照组76.00%, $P < 0.05$ 。

表4 两组护理满意度比较 (%)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	护理满意度
观察组	25	16 (64.00)	8 (32.00)	1 (4.00)	24 (96.00)
对照组	25	9 (36.00)	10 (40.00)	6 (24.00)	19 (76.00)
χ^2	—	—	—	—	4.152
<i>P</i>	—	—	—	—	0.041

3 讨论

上消化道出血主要是由于消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎等,导致食管、胃、十二指肠等发生出血性病变,急性发作具有发病急、出血量大特征,可能快速导致循环衰竭及继发性脏器损害,因此需重视急救护理,尽早确诊,对症处理^[7-8]。随着医疗事业发展及医院设施的完善,应结合医院实际情况对传统急救护理流程进行优化,快速制订科学护理方案,专业及时应对急性上消化道出血的病因多、病情进展迅速等特征,提高护理质量,缩短急救时间^[9-11]。优化急救护理流程,注重急救护理小组的建立,对小组成员进行急救技能、流程、责任感等全面优化,确保充分掌握护理流程,明确风险因素及应急流程,而且不同护理人员需明确自身职责^[12-13]。预先设置急性上消化道出血的救治及护理方案,依据护理人员能力分配位置及职责,在统筹指挥下,快速完成病情监测、建立静脉通道、辅助检查等护理。而且护理中建立“定时、定人、定位”三定的抢救流程服务,相互配合完成急救护理,尽量减少停留时间,并注重患者及家属的情绪安抚,以快速稳定操作及专业的态度,配合语言安慰,提高患者信任度及依从性。本次研究结果显示观察组急救时间及住院时间显著低于对照组,提示优化急救护理流程干预可缩短接诊时间,促使患者快速建立输液通道,尽早完成检查至专科治疗,利于出血及时控制,稳定病情,缩短住院时间。观察组呼吸道误吸发生率4.00%及再出血发生率0%显著低于对照组,护理满意度96.00%显著高于对照组,提示优化急救护理流程干预可进一步保证急救护理安全性,保证治疗效果,预防再出血,而且护理注重与患者及家属的良好沟通,提高护理满意度。观察组抢救成功率96.00%与对照组88.00%比较无统计学意义,提示优化急救护理流程干预可提高救治效果,与常规急救护理流程无明显差异,可能受到样本量少影响。与李福娥^[14]结果相近。

综上所述,急性上消化道出血患者行优化急救护理流程可加速急救时间及恢复进程,提高救治效果,预防不良事件,提高护理满意度,缩短住院时间,值得推广。

参考文献

[1] 邓秋迎,郭艳枫,武健,等. 中西医结合临床护理路径标准化

体系的建立及在急救绿色通道中的应用效果分析[J]. 中国中西医结合急救杂志,2021,28(1):90-94.

[2] 唐淑娟,董博,梁芳. 优化急诊护理流程在治疗老年肿瘤合并急性上消化道出血中的应用观察[J]. 老年医学与保健,2020,26(6):1069-1072.

[3] 马艳丽,李莉. 急诊护理对肿瘤合并急性上消化道出血患者的临床疗效[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(11):1355-1358.

[4] 武健,邓秋迎. 中西医结合临床护理路径在急性上消化道出血绿色通道中的应用[J]. 中国医药导报,2020,17(25):172-175.

[5] 佟贵权,李颖,刘蕊,等. 在上消化道出血急救中应用循证护理和预见性护理的Meta分析[J]. 中华全科医学,2019,17(4):670-673.

[6] 王丹. 上消化道出血急救中应用预见性护理和循证护理的临床疗效分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2018,23(2):231-233.

[7] 刘胜红. 多学科协作护理模式对肝硬化上消化道出血患者自我管理能力及再出血的影响[J]. 内蒙古医学杂志,2020,52(12):1510-1511.

[8] 牛晓燕,张晶晶. 预见性护理在上消化道出血急救中的应用效果观察[J]. 中国保健营养,2020,30(30):165.

[9] 雷玉英. 急性非静脉曲张性上消化道出血评分系统的特点与展望[J]. 西部医学,2020,32(7):1084-1089.

[10] 宋明明. 预见性护理联合循证护理应用于上消化道出血患者急救中的临床效果分析[J]. 航空航天医学杂志,2020,31(7):889-890.

[11] 王玉娟,韩国杰,柴宇霞. Rockall评分系统的护理流程在肝硬化失代偿期合并急性上消化道大出血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(7):119-121.

[12] 王翠萍,张萍,何欣. 基于危险评估的针对性护理在急性上消化道出血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(3):1-4.

[14] 李福娥. 优化急诊护理流程在危险性急性上消化道出血中的应用[J]. 实用中西医结合临床,2020,20(7):134-135.